

Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit und zum zu kurzen Zungenband für Kinder und Erwachsene ab 4 Jahren



Patientendaten:

Empfohlen durch:

Name:

Vorname:

geboren am:

Ein zu kurzes Zungenband kann in jedem Lebensalter verschiedene Probleme mit sich bringen. Ausschlaggebend für die Beurteilung, ob ein Band zu kurz ist, ist die Funktion /Zungenbeweglichkeit. Die Optik spielt nur eine untergeordnete Rolle, denn über 99% aller Menschen haben Schleimhautbänder in der Mundhöhle. Die große Tragweite eingeschränkter Funktionen des Mundes und der Zunge in den Bereich der Kieferorthopädie, der Atemwege, des Schlafes und Sprechens macht eine umfangreiche Untersuchung der Funktion erforderlich.

Allgemeine Gesundheitsfragen

Bitte ankreuzen oder Ø eintragen:

Herz-Kreislauferkrankungen, wenn ja, welche?		Regelmäßige Medikamente:	
Allergien, wenn ja, welche?		Bisherige Logopädische Behandlung? Praxis:	
Blutgerinnungsstörungen? Bei nahen Verwandten? Bisherige verlängerte Blutung bei Wunden?		Bisherige Kieferorthopädische Behandlung? Praxis:	
Weitere Wichtige Vorerkrankungen /OPs?		Wurde bereits eine Frenotomie durchgeführt/ das Zungen- und/oder Lippenband getrennt?	

Gesundheitsfragen bezüglich eingeschränkter Zungenfunktion

Bitte ankreuzen bzw. unterstreichen oder Ø eintragen:

Sprache		Essen/Füttern	
Frustration bei der Kommunikation?		Frustration beim Essen?	
Schwierigkeiten von Eltern/Aussenstehenden verstanden zu werden? Wieviel % werden verstanden? _____		Schwierigkeiten mit dem Beikoststart oder bei bestimmten Konsistenzen? Welcher Art?	
Schwierigkeit schnell zu sprechen		Langsamer Esser?	
Probleme mit bestimmten Lauten? Wenn ja, welche?		Wenig Appetit? Problematische Gewichtszunahme beim Kind?	
Verzögerte Sprachentwicklung?		Speisereste in den Wangentaschen?	
Nuscheln?		Würgen/Erbrechen beim Essen?	
Andere Probleme?		Andere Probleme beim Essen? wenn ja, welche?	
Schlaf		Still- oder Flaschenverhalten als Baby	
Schnarchen/Schlafapnoe (Atemaussetzer)?		Schmerzhaftes Stillen, schwaches Saugen?	
Unruhiger Schlaf?		Schlechte Gewichtsentwicklung?	

Nächtliches Aufwachen, wie oft?	Reflux? „Speikind“?
Unerholsamer Schlaf? Morgens müde?	Konnte den Nuckel nicht nehmen/halten?
Zähneknirschen beim Schlafen?	Milchverlust durch Mund/Nase?
Mund in der Nacht geöffnet? (gerne kurzes Video davon machen)	Mutter brauchte Brusthütchen zum Stillen?
Ungewöhnliche Schlafpositionen?	Wurde schnell abgestillt/nicht gestillt?
Bettnässen? Wenn ja, wie lange?	Viel geweint als Baby oder starke Koliken?
Andere Probleme?	
Nacken- oder Schulterbeschwerden?	
Kiefergelenksprobleme? - Knacken - Mundöffnung schmerzhaft oder eingeschränkt?	
Kopfschmerzen / Migräne?	
Reflux?	
Mundatmung/offener Mund tagsüber?	
Mandeln oder Polypen operiert? Wenn ja, wann und wie oft?	
Häufige Ohrinfektionen? Röhrrchen?	
Probleme sich zu konzentrieren oder hyperaktives Verhalten?	

Hinweise zur Abrechnung und Datenschutz

Die myofunktionelle Untersuchung bei restriktiven (einschränkenden) Zungen- und/oder Lippenbändern und Laser-Trennung der Bänder, wie sie in unserer Praxis durchgeführt wird, ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse nicht enthalten und wird daher nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), teilweise auch analog, **PRIVAT** abgerechnet.

Wir stellen die umfangreiche Untersuchung und Beratung privat etwa **100€** in Rechnung. Sollte die Lösung des/der Bandes/Bänder notwendig sein, berechnen wir für das funktionelle Lösen (eines oder mehrerer Bänder) mittels OP-Laser dann nochmals ca. **250€**

Die Rechnungslegung erfolgt nach medizinischer Notwendigkeit im Ermessen der Ärztin. Die Erstattung durch Versicherungen/Beihilfen kann nicht garantiert werden und ist unabhängig von der Leistungserbringung in unserer Praxis!

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Therapeut (Stillberaterin/ Körpertherapeut/Arzt) fallbezogene Behandlungsdaten und von mir/ meinem Kind einholt, die beispielsweise von meiner/m Hebamme /Kinderarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Diese Information darf nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.

Ich möchte nicht, dass Fotos meiner Behandlung zu *anonymisierten* Fortbildungs-, Ausbildungs- und Werbezwecken verwendet werden.

Mit der Terminvereinbarung akzeptieren Sie die o.g. Bestimmungen.

Weiterhin informieren wir Sie darüber, dass für kurzfristig (weniger als 24h) abgesagte und nicht wahrgenommene Termine ebenfalls die Beratungsgebühr in Rechnung gestellt wird.

Wir bitten Sie Termine schriftlich per Mail unter info@berliner-zahngesundheit.de abzusagen, um Missverständnissen vorzubeugen.

Datum: _____

Unterschrift: _____